

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

226

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 15 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

Félix BEIGBÉDER

Né à Gau (Basses-Pyrénées) le 5 août 1871

DU DÉLIRE

DANS

L'ÉRYSIPÈLE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

GILBERT et ACHARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

45, Rue Racine, 45

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 15 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

Félix BEIGBÉDER

Né à Gau (Basses-Pyrénées) le 5 août 1871

DU DÉLIRE
DANS
L'ÉRYSIPELE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

GILBERT et ACHARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. Ch. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

226

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Chantemesse

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Le travail que nous présentons à la Faculté a été fait dans le service des érysipélateux de M. le professeur Chantemesse, à l'hôpital du Bastion 29.

Nous avons déjà été frappés, à différentes reprises, au cours de l'année d'internat que nous avons passée à l'hospice de Ville-Evrard, de la fréquence du délire au cours des maladies fébriles et plus particulièrement de l'érysipèle.

Le délire de l'érysipèle offre un intérêt particulier par sa fréquence d'abord, mais surtout par ses caractères cliniques bien spéciaux. Il appartient à ces troubles nerveux que l'on disait jusqu'ici *sine materia*, mais auxquels M. le professeur Chantemesse a pu donner une explication rationnelle et objectivement démontrée.

Nous prions M. le professeur Chantemesse de vouloir bien agréer nos remerciements pour nous avoir autorisé à exposer les idées que nous lui avons entendu émettre dans son service et pour l'honneur

qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à remercier particulièrement notre ami Saint-Cène, grâce à l'obligeance duquel nous avons pu recueillir quelques observations intéressantes.



CHAPITRE I

Du délire dans les maladies infectieuses en général

Malgré leur polymorphisme, les infections présentent des caractères locaux et généraux fondamentaux dont la connaissance est aussi vieille que l'observation médicale.

Déjà Galien avait assigné à l'inflammation locale des tissus ces traits communs : *tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur*, que l'on retrouve depuis l'abcès, lésion inflammatoire type jusque dans les modifications locales les plus complexes.

Il en est de même des symptômes généraux de l'invasion microbienne. Dans tous les grands syndromes infectieux, l'analyse clinique retrouve un certain nombre de phénomènes primordiaux, qui traduisent, d'une part, l'invasion de l'organisme par le microbe ; de l'autre la résistance, phénomènes actifs, « donnant l'idée d'une lutte et d'un conflit, reflétant la souffrance totale de l'économie, enfin mettant en relief la suractivité morbide des appareils de la défense et de l'émonction des organes. » Girode.

Ces grands symptômes constituent comme le pivot de la nosographie infectieuse et parmi eux, la fièvre, l'élévation thermique méritent de prendre la première place.

Mais l'infection retentit sur l'organisme entier et la suractivité de chacun des grands appareils physiologiques se révèle par un certain nombre de symptômes. Les symptômes nerveux ne manquent pas. Les uns communs, habituels en quelque sorte, appartiennent aux formes graves aussi bien qu'aux formes bénignes : tels sont la céphalée, l'insomnie, l'asthénie.

D'autres sont propres aux formes graves : tels, le délire, l'ataxie intellectuelle, l'adynamie.

Parmi ceux-ci, le délire est presque un phénomène banal.

Il n'appartient pas en propre aux maladies infectieuses : c'est un symptôme fréquent, mais en quelque sorte surajouté. Mais bien qu'il puisse survenir dans un grand nombre d'affections cérébrales, dans des affections cardio-pulmonaires, etc., en dehors de toute infection, il complique si fréquemment la fièvre que pendant longtemps on ne distingue que deux sortes de délire.

Le délire vésanique ;

Le délire fébrile.

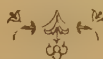
Le délire appartient surtout aux formes graves de l'infection : on peut cependant le rencontrer dans les infections les plus bénignes.

C'est qu'en effet, il y a là un phénomène complexe, où des influences diverses entrent en jeu, et le délire des infections reconnaît en réalité une double origine :

D'une part il appartient plus spécialement à telle ou telle maladie fébrile et présente de par le génie propre de l'affection un caractère spécial qu'il tient de l'atteinte plus ou moins profonde apportée par le syndrome morbide à la superficie des centres nerveux.

Mais d'un autre côté, il traduit l'exaltation de la sensibilité des couches corticales, sensibilité essentiellement variable suivant l'individu, parfois si exquise, si intolérante que l'infection la plus bénigne, avons-nous dit, est susceptible de le provoquer.

Rechercher les caractères du délire dans l'érysipèle, sa fréquence, l'étudier dans ses rapports avec le complexus morbide spécial à cette affection, rechercher sa pathogénie si complexe, tel est notre but.



CHAPITRE II

Caractères du délire dans l'érysipèle.

Il est peu d'affections qui nous soient mieux connues ou du moins qui aient été plus étudiées que l'érysipèle. Aucun des chapitres de son histoire ne laisse à désirer. Lésion locale extrêmement fréquente, facile à observer dans ses caractères objectifs, dans son évolution clinique, l'érysipèle fut connu de tout temps. Chacune des grandes étapes de la médecine nous a fait faire un pas plus avant dans son étude, et il semble qu'il y ait quelque peine à rien ajouter à une maladie si bien étudiée, tant au point de vue de la clinique que de l'étiologie et de l'anatomie pathologique qu'elle est devenue en quelque sorte une maladie expérimentale type.

Lorsque pourtant, on suit un grand nombre d'érysipèles, il se dégage de cette étude et de la lecture des observations, un nombre plus ou moins grand de faits d'importance secondaire, il est vrai, mais qui peut-être n'ont pas toujours été suffisamment mis en relief et dont l'étude offre parfois des particularités très intéressantes.

Parmi ceux-ci, le délire est un des troubles nerveux réactionnels les plus fréquents de l'érysipèle.

Sous le nom commun de délire on envisage des faits parfois très différents. Donner une définition exacte du délire est chose difficile où les pathologistes les plus éminents n'ont pas toujours réussi.

D'une manière générale, suivant la définition de Van Swieten, on peut entendre par délire toute création de l'esprit, qui n'est point en rapport avec les causes extérieures mais dépend d'une disposition toute spéciale du cerveau, qui donne lieu à un jugement et à des émotions morales erronés.

« Delirium est idearum ortus, non respondens externis causis, sed internæ cerebri dispositioni, unâ cum judicio ex his sequente, animi et affectu motuque corporis inde sequente. »

Cette définition, qui n'est pas parfaite, a été remplacée plus ou moins avantageusement par beaucoup d'autres.

Esquirol donne cette définition toute psychologique : « Un homme est dans le délire quand ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté. »

Fabret a montré que cette définition ne tenait pas compte d'un caractère important, à savoir : « la perte

de conscience de son état que le malade ne saurait jamais ressaisir que par une sensation du délire. »

En pathologie aliéniste, on distingue de nombreuses variétés de délire.

M. le professeur Jaccoud sépare :

1°) La conception délirante ou l'aberration née spontanément, sans provocation sensible antérieure.

2°) L'hallucination ou l'illusion sensorielle, où le désordre est la conséquence légitime et logique d'une sensation anormale éprouvée par les malades.

En réalité, dans la pathologie générale, ces nuances sont le plus souvent méconnues, et, pour marquer les troubles de l'idéation, on se borne à dire que le malade a du délire, formule vague et peu précise, qui ne préjuge rien des caractères mêmes de ce délire.

C'est qu'en effet, ainsi qu'on peut le voir, il existe deux variétés bien distinctes de délire ; l'un habituel, fréquent, est observé par le médecin comme un symptôme banal au cours de la maladie ; l'autre, étudié par l'aliéniste, s'applique à une foule d'états psychopathiques plus ou moins tranchés au double point de vue clinique et anatomique, et entre ces deux formes s'échelonnent un nombre infini de variétés intermédiaires.

Ainsi donc, de tout temps, une division s'est imposée entre les différentes formes de délire, suivant qu'il est aigu, *fébrile* ou chronique, *vésanique*.

Le délire de l'érysipèle, au même titre que les

délires de l'infection en général, est un délire aigu, correspondant à ce que les anciens appelaient *phrenitis*.

Cœlius Aurelianus définit ainsi le délire aigu :
« *Phrenitim esse alienationem mentis celerum, cum febris acuta, atque manum vano errore, ut aliquid suis digitis attrectare videantur, quod Græci carphologiam vocant.* »

Au délire aigu se rattache le délire des maladies infectieuses, le délire des auto-intoxications, les délires toxiques.

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'érysipèle notent la fréquence du délire dans cette affection.

« Le délire, dit Jaccoud, est un des symptômes les plus constants de l'érysipèle céphalique, et il a conduit à de déplorables erreurs thérapeutiques (1). »

Dieulafoy, dans son manuel de *Pathologie interne*, Guinot dans le *Traité de Médecine* (art. Erysipèle), le mentionnent simplement.

Widal (*Traité de Médecine*, Brouardel et Girode) dit : « Le délire est fréquent dans l'érysipèle de la face. Il est la règle dans l'érysipèle du cuir chevelu. Il peut, comme dit Raymond, présenter tous les degrés depuis la simple agitation nocturne avec rêvasseries, jusqu'aux accès de fureur maniaque les plus caractérisés. »

(1) *Pathologie interne*, tome II.

Achalme, dans son excellente monographie, s'exprime ainsi :

« Parmi les phénomènes nerveux, le délire tient le premier rang. Il n'est pas en rapport d'une manière absolue avec la température...., et du reste, en dehors de l'alcoolisme ou d'une complication cérébrale, il est excessivement rare d'observer du délire dans les cas où le cuir chevelu n'est pas intéressé. »

Ainsi, le délire est mentionné par tous les auteurs comme complication fréquente de l'érysipèle. Mais ses caractères ne sont nulle part indiqués. Seul, M. Roger, dans une excellente étude clinique de l'érysipèle (1), a essayé une analyse plus complète de ce symptôme.

1°) *Fréquence*, — Nous avons vu que, pour M. Jaccoud, le délire est un phénomène constant.

Les observations de M. Roger montrent que cette fréquence est moindre que ne l'indique M. Jaccoud, puisque sur 570 malades qui ont guéri, il ne l'a constaté que 48 fois, soit dans 8.4 % des cas.

Sur 288 observations d'érysipèle que nous avons pu recueillir dans le service de M. le Pr Chantemesse, nous avons eu 20 cas compliqués de délire, soit une proportion à peu près égale à celle de M. Roger (un peu moins de 10 %).

2°) *Sexe*. — D'après la statistique de M. Roger, le

(1) *Revue de Médecine*, 1895.

délire semble aussi fréquent dans les deux sexes ; il trouve 24 hommes et 24 femmes.

Sur les 13 observations que nous donnons, plus loin, 9 se rapportent à des hommes, 4 à des femmes.

3°) Age. — Envisagé dans ses rapports avec l'âge du sujet, chez l'homme, le délire est surtout fréquent après 30 ans.

Sur 24 cas d'érysipèle (hommes) de M. Roger :

9 avaient plus de 50 ans ; 12 avaient de 30 à 50 ans ; 3 seulement avaient moins de 20 ans.

Sur 9 observations d'érysipèle chez des hommes : 7 avaient plus de 30 ans ; dont 4 avaient de 55 à 66 ans.

Le rapport est inverse chez la femme :

Sur les 24 femmes de M. Roger : 3 avaient moins de 20 ans ; 12 avaient moins de 20 à 30 ans ; 8 avaient moins de 30 à 50 ans ; 1 seule malade avait 64 ans.

Nos 4 malades avaient : la première, 16 ans 1/2 ; la deuxième, 38 ans ; la troisième, 64 ans ; la quatrième, 67 ans.

Mais les deux dernières étaient femmes de ménage, c'est-à-dire exerçaient une profession où l'alcoolisme est fréquent, et ce facteur intervenait certainement dans ces deux cas au même titre que chez les hommes. Or, nous savons que c'est surtout après 30 ans que l'influence de l'alcoolisme se fait sentir chez l'homme. Nous dirons plus tard au chapitre de l'étiologie que si le délire est plus fréquent chez l'homme

après 30 ans ; c'est qu'il s'agit le plus souvent d'un délire alcoolique, tandis que si chez la femme il apparaît surtout avant 30 ans, c'est en raison de la prédisposition nerveuse plus marquée de la femme à cette période de la vie.

4^e) *Profession.* — Ceci nous amène à rechercher s'il existe un rapport entre la profession du sujet et sa plus grande tendance au délire.

Voici quelle était la profession de nos neuf malades hommes atteints de délire :

Garçon livreur.....	1 fois
Employé de commerce.....	1 —
Porteur aux Hal'es	1 —
Cocher.....	1 —
Comptable.....	1 fois
Chiffonnier.....	1 f.
Bijoutier.....	1 f.
Journalier	1 f.

Pour les femmes :

Ménagère.....	2 fois
Tapissière.....	1 f.
Fleuriste.....	1 f.
Fille publique.....	1 f.

Or, il est manifeste que certaines de ces professions prédisposent à l'alcoolisme et nous retrouvons ici encore l'importance de ce facteur étiologique.

5^e). *A quel moment apparaît le délire.* — Sur
Beigbéder 2

les 24 observations d'érysipèle hommes de M. Roger, nous trouvons que :

- 5 fois le délire apparut au début de la maladie ;
- 17 fois le délire apparut à la période d'état ;
- 2 fois le délire apparut à la fin ;
- 1 fois le délire apparut au moment d'une rechute.

Sur les 24 observations d'érysipèle femmes nous voyons que :

- 4 fois le délire apparut au début ;
- 14 fois le délire apparut à la période d'état ;
- 3 fois le délire apparut à la fin ;
- 2 fois le délire apparut au moment d'une rechute.

En résumé, sur ces 48 cas nous voyons que :

- 31 fois le délire n'apparut qu'à la période d'état ;
- 9 fois il marqua le début ;
- 5 fois il ne se manifesta qu'à la fin ;
- 3 fois à l'occasion d'une rechute ;

A notre tour, nous avons constaté :

- 5 fois du délire dès le début ;
- 1 fois il apparut le 3^e jour ;
- 2 fois il apparut le 4^e jour ;
- 1 fois il apparut le 6^e jour ;
- 1 fois il apparut le 7^e jour ;
- 2 fois il apparut le 8^e jour ;
- 1 fois il apparut le 11^e jour ;

6) *Existe-t-il un rapport entre le siège de*

l'érysipèle et la fréquence du délire. — Nous avons vu que d'après M. Jaccoud, l'érysipèle de la face se compliquerait fréquemment de délire. Mais ce dernier serait constant dans l'érysipèle du cuir chevelu.

M. Widal dit de même : « Le délire est fréquent dans l'érysipèle de la face ; il est la règle dans l'érysipèle du cuir chevelu : »

Cette application n'est pas rigoureusement exacte. Nous rapportons deux observations d'érysipèle du cuir chevelu sans complications de délire.

M. Roger sur 24 érysipèles hommes avec délire a eu :

11 cas d'érysipèle du cuir chevelu ;

13 cas d'érysipèle de la face.

Sur 24 érysipèles femmes, nous trouvons :

9 cas d'érysipèle du cuir chevelu ;

15 cas d'érysipèle de la face.

Au total ;

20 cas d'érysipèle du cuir chevelu pour 28 de la face.

Enfin M. Roger n'a jamais observé de délire dans l'érysipèle des autres régions.

Pour notre part, toutes nos observations se rapportent à des érysipèles de la face, sauf une seule où le délire apparut dans un cas d'érysipèle de la jambe compliquant un ulcère variqueux.

Il s'agissait d'une vieille femme de 67 ans. Ainsi donc, le délire semble propre à l'érysipèle de la face

et du cuir chevelu : « Il est incontestable, dit M. Roger, que les érysipèles qui envahissent le cuir chevelu, déterminent plus souvent du délire que les autres. Il ne faudrait pourtant pas exagérer ce fait, une fois par exemple, le délire cessa justement au moment où l'érysipèle envahit le cuir chevelu. »

Le délire ne semble pas davantage en rapport avec l'érysipèle ambulante. Lorsque l'érysipèle ambulante se complique de délire, il s'agit généralement d'un érysipèle de la face qui est devenu ambulante.

De même le délire ne semble pas plus fréquent dans l'érysipèle à répétition. Nous connaissons deux malades qui ont eu chacune cinq récurrences sans délire. Une autre, quatre récurrences sans délire, une autre trois. Dans tous ces cas, il s'agissait de femmes.

Les rechutes peuvent de même survenir sans se compliquer de délire.

Nous avons observé :

4 malades ayant eu trois rechutes successives sans délire.

1 autre ayant eu quatre rechutes sans délire.

3 autres deux rechutes sans délire.

7°) *Rapports du délire avec la température.* — Le délire est-il en rapport avec la température ?

Il n'existe pas de rapport absolu entre l'apparition du délire et la marche de la température. D'ailleurs on sait combien capricieuse est la température dans l'érysipèle.

Tantôt elle ne s'élève pas au dessus de la normale ; tantôt cette élévation est à peine marquée ; le plus souvent, elle monte assez haut. Mais cette élévation ne persiste ordinairement pas. Rarement elle se prolonge à moins de complications.

En réalité, malgré les efforts tentés par Sorrel, il est difficile de ramener la courbe thermique à des types fixes, et il faut admettre avec Catrain, que les caractères de la fièvre érysipélateuse sont essentiellement mobiles, variables à l'infini suivant chaque malade en quelque sorte. Il en résulte qu'à priori on peut prévoir qu'il y aura peu de rapports entre la fièvre et les autres manifestations de l'érysipèle, avec le délire en particulier. Souvent le délire survient au cours d'un érysipèle avec température peu élevée ou du moins moyenne ; parfois au contraire il accompagne les formes graves hyperthermiques ; enfin il survient souvent au déclin alors que la température est redevenue absolument normale.

Dans les 24 observations d'érysipèles hommes de M. Roger, nous trouvons :

7 fois, le délire coïncidant avec une température 40° ; 9 fois, le délire coïncidant avec une température entre 39°-40° ; 4 fois, le délire coïncidant avec une température entre 38° ; 5 fois, le délire coïncidant avec une température entre 37°.

Sur les 24 érysipèles femmes, nous voyons ;

8 fois, le délire apparaît avec température 40° ;

6 fois, le délire apparaitre avec température, entre 39°-40° ; 5 fois, le délire apparaitre avec température entre 38° ; 6 fois, le délire apparaitre avec température entre 37°.

Au total, sur 48 cas :

15 fois la température était à 40° ;

13 fois la température entre 39 et 40° ;

9 fois la température était à 38° ;

11 fois la température était à 37°.

Nous avons observé du délire avec les températures suivantes :

3 cas la température était à 40° (hommes) ;

1 cas la température était à 39°⁴ (femme) ;

1 cas la température était à 39°² (homme) ;

1 cas la température était à 39°² (femme) ;

2 cas la température était à 39° (femme) ;

1 cas la température était à 38°⁶ (homme) ;

1 cas la température était à 38°² (femme) ;

2 cas la température était à 38° (homme) ;

1 cas la température était à 38° (femme) ;

1 cas la température était à 37° (homme) ;

1 cas la température était à 37° (femme).

7°) *Caractères du délire.* — Le délire de l'érysipèle est très variable.

Tantôt calme, tantôt violent ; il est le plus souvent professionnel.

M. Roger l'a noté 39 fois calme ; 8 fois violent.

Souvent, c'est une simple divagation passagère.

A un degré moindre, c'est de l'agitation nocturne avec rêvasseries pénibles.

Parfois le malade poursuit une idée fixe.

Dans une de nos observations, la malade est comme obsédée par la pensée de la mort de sa mère.

Parfois la conception délirante affecte le caractère erotique : tel malade réclamait « des femmes », telle autre ne voulait boire que quand elle était servie par un infirmier auquel elle prodiguait des mots de tendresse.

Nous avons observé une sorte de délire des grandeurs chez un de nos malades : « Il faut qu'on le laisse partir, le Czar l'attend ; il voit de la troupe, il entend de la musique.

Enfin les idées de persécution, le délire hypochondriaque ne sont pas rares. Nous avons connu un cas de suicide au cours du délire dans un érysipèle de la face. Trompant un instant la surveillance de ses gardiens, le malade se jeta par la fenêtre.

Les hallucinations sont très fréquentes.

Ici, c'est une vieille grand-mère qui est prise de délire au cours d'un érysipèle de la jambe compliquant un ulcère variqueux. Elle est inquiète pour ses petits enfants, elle les appelle, les prévient d'un danger qui les menace.

Un autre, en plein délire, se lève, s'habille pour partir : il s'entend appeler, puis il demande ce qu'est

devenu le chien noir qu'il avait tout à l'heure à côté de lui.

Il en est de même de cet autre malade qui voit des animaux, des anguilles. Quand on lui donne du lait, il croit boire de l'absinthe.

Une autre de nos malades, une jeune fille qui pour se suicider, s'est jetée par la fenêtre et n'a réussi qu'à se briser la colonne vertébrale, meurt trois mois après d'érysipèle compliquant le décubitus acutus. Son délire est tranquille, sans agitation. Elle répond à tout le monde et à toutes les questions qu'on lui pose : « Madame ! » puis parfois elle demande : « à ce qu'on la prenne et qu'on la jette tout d'un coup par la fenêtre ».

Le mot fenêtre revient souvent, tout cela sans aucune agitation. Les jours suivants, le délire d'abord interrompu, reprend ; elle parle de sa mère, elle veut se marier, puis elle veut des chaussures ; elle réclame sa grand-mère ; elle prend une vieille femme, sa voisine pour cette dernière ; elle lui sourit et demande à la surveillante « un morceau de toile pour essuyer les yeux de grand-mère qui pleure. »

Mais le plus souvent, surtout chez les hommes, le délire est professionnel.

Ici, c'est un marchand des quatre saisons qui toute la journée crie ses artichauts.

Un autre, conducteur d'omnibus appelle les nu-

méros d'ordre ; « Plus de place à l'impériale, en bas seulement. »

Une autre, fille publique, s'agite et réclame « des hommes ». Elle interpelle l'infirmière : « Donne moi ma robe, vite. Tu ne vois donc pas ce Monsieur en chapeau de forme ; tu me fais perdre au moins trente francs. »

Un autre malade, passementier, passe la journée à coudre : il surveille ses employés et accompagne le tout d'une mimique expressive.

Du délire des grandeurs et du délire mélancolique de l'érysipèle. — De l'ensemble des faits que nous venons de rapporter assez brièvement, nous devons essayer de dégager quelques points. Nous avons dit les éléments constitutants en quelque sorte du délire de l'érysipèle. Nous pouvons ajouter maintenant que pour M. le professeur Chantemesse, les deux caractères les plus habituellement rencontrés dans le délire de l'érysipèle sont le délire des grandeurs et le délire mélancolique.

Le délire des grandeurs est plus rare. En recherchant sur un grand nombre d'observations peut-être aurions-nous pu en trouver plusieurs cas. Le seul malade que nous ayons observé dans ces conditions est celui dont nous avons plus haut rapporté l'histoire. Au moment de son délire il revoit des fêtes en l'honneur du Czar, il allait recevoir le czar, il entendait la musique,

Nous croyons pouvoir ranger ce cas comme très voisin du délire des grandeurs.

Par contre il est beaucoup plus fréquent d'observer un délire mélancolique. Nous l'avons vu chez plusieurs malades, et M. le professeur Chantemesse dans son service des érysipélateux de l'hôpital Bastien, 29, a eu souvent l'occasion de mettre ce point en lumière.

Le délire hypochondriaque a pu pousser un de nos malades au suicide. Il est très fréquent d'observer que les idées délirantes du malade ont un caractère de tristesse particulier presque spécial à l'érysipèle.

Il était intéressant de noter ce point qui montre que le délire de l'érysipèle semble revêtir le plus souvent une forme assez personnelle.

En résumé nous pourrions dire que lorsqu'il n'est pas professionnel ce qui est le cas chez les alcooliques, le délire de l'érysipèle affecte le plus souvent le caractère du délire mélancolique et parfois aussi celui du délire des grandeurs.

9° *Durée du délire.* — Ordinairement le délire de l'érysipèle est passager. Rarement il se prolonge cinq ou six jours.

Le plus souvent il ne dure que deux ou trois jours.

Assez souvent encore, ce n'est qu'une simple

divagation passagère; parfois même, nous l'avons déjà dit, il n'y a qu'une simple agitation nocturne sans délire vrai.

Le délire peut pourtant persister assez longtemps dans quelques cas rares. M. Crochet, dans sa thèse, rapporte un cas d'érysipèle où le délire persista un mois :

Observation 1

In thèse Crochet

H..., 49 ans, d'un tempérament irritable, ayant des habitudes alcooliques. L'érysipèle débute le 2 février 1891 au niveau d'un eczéma de la face. Il s'étend rapidement à toute la figure et au cuir chevelu et s'accompagne d'un violent délire avec hallucinations visuelles. L'érysipèle est guéri le 10 février; mais le délire s'accroît; le 14 le malade se précipite dans la salle et veut frapper ses voisins avec une barre de fer arrachée de son lit. On a dû l'envoyer à Vacluse le 17 février; le délire a persisté encore sept jours; puis peu à peu le calme est revenu; et le malade est sorti complètement guéri vingt jours après son entrée.

Dans le travail de M. Roger, nous trouvons comme durée du délire sur 48 cas :

12 fois.....	1 nuit ou 1 jour
16 fois.....	2 nuits ou 2 jours
9 fois.....	3 jours
5 fois.....	4 jours
3 fois.....	5 jours
2 fois.....	6 jours
1 fois.....	10 jours

10° *Rapports du délire avec la gravité de l'affection.* — En général, le délire n'est nullement en rapport avec le plus ou moins de gravité de l'érysipèle.

C'est ainsi que sur nos 14 observations, il y a deux morts (deux femmes). Dans un cas l'érysipèle survenait comme complication d'une myélite.

Nous avons observé un autre cas de mort au cours d'érysipèle simple avec délire et hyperthermie. Nous pouvons donc pour ce cas faire les réserves que fait M. Roger pour quatre de ses malades qui ont succombé avec délire alcoolique extrêmement violent. Et chez tous quatre, dit-il, il existait des lésions diffuses fort étendues au niveau des cellules hépatiques. On peut donc supposer que les altérations du foie, en supprimant le rôle protecteur que cet organe remplit vis-à-vis des poisons microbiens, favorise les diverses manifestations cérébrales au cours de l'érysipèle.

Il nous reste à nous demander si le délire est plus ou moins fréquent dans les cas d'érysipèle simple ou d'érysipèle compliqué. Nous reviendrons sur cette question en traitant de la pathogénie du délire dans l'érysipèle. Disons cependant qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre l'apparition du délire et celle des complications.

Les complications de l'érysipèle peuvent porter sur la plupart des viscères, supprimant d'une façon plus ou moins persistante les émonctoires physiologiques, d'où résulte la possibilité d'une intoxication de l'organisme, avec retentissement sur les couches corticales.

Parmi les complications qui s'accompagnent le plus fréquemment de délire, il faut en première ligne citer les complications nerveuses, la méningite en particulier. Mais ici le délire appartient à la complication plus qu'à l'érysipèle lui-même. Nous l'avons vu apparaître au cours d'un érysipèle compliqué de névrite alcoolique.

Après les complications nerveuses, les complications rénales et hépatiques sont celles qui prédisposent le plus au délire, et la pathogénie ici en est aisée.

L'érysipèle s'accompagne d'une façon presque constante d'albuminurie. Cette albuminurie, le plus souvent passagère, disparaît en 3 ou 4 jours. Parfois cependant elle persiste. Des troubles urémiques peuvent survenir et le délire apparaît alors tant comme

symptôme ajouté à l'érysipèle que comme manifestation urémique.

Il en est de même du délire au cours de l'érysipèle compliquant une affection hépatique.

Quant aux complications articulaires si fréquentes, quant aux complications oculaires, nous n'avons jamais vu qu'elles prédisposent au délire.

En résumé, le délire de l'érysipèle est le plus souvent indépendant de toute complication. Mais il peut survenir au cours d'un érysipèle compliqué et parfois même n'être qu'une des manifestations de la complication en question.



CHAPITRE III

Pathogénie

La pathogénie du délire dans l'érysipèle est complexe.

Ce que nous avons vu des caractères mêmes de ce délire nous permet d'en distinguer deux variétés :

1° Un délire primitif, idiopathique en quelque sorte.

2° Un délire secondaire, symptomatique d'une complication.

Le premier nous intéresse plus particulièrement.

Et d'abord il est facile de se convaincre par la lecture des observations et par l'évolution clinique des cas qui se présentent, aussi bien que par les données de la pathologie générale, que le terrain joue ici un rôle prépondérant.

De fait, le délire apparaît surtout chez deux sortes d'individus :

Ceux qui par leurs antécédents héréditaires ou personnels rentrent dans la catégorie des nerveux. Et ceux qui présentent le stigmate de l'alcoolisme.

La notion de l'hérédité neuro-pathologique do-

mine aujourd'hui l'histoire des manifestations nerveuses.

L'influence du terrain transmis par l'hérédité « cette grande force qui gouverne le monde » constitue en pathologie générale et surtout dans les infections, la grande cause, ce que Trélat appelait la « cause des causes ». C'est elle qui commande en réalité la détermination des processus infectieux, et dans l'érysipèle plus particulièrement, la susceptibilité des couches corticales peut être réveillée de deux façons, soit par une localisation immédiate, tangible sur les méninges ou l'écorce, soit par des troubles purement dynamiques.

L'excessive impressionnabilité des couches corticales, telle est en dernière analyse la véritable cause du délire dans les infections.

Les autres causes qui prédisposent secondairement à l'apparition du délire, ne sont guère que la conséquence de l'hérédité névropathique.

C'est ainsi, nous l'avons vu, que l'influence du sexe est manifeste. Le délire vrai s'observe surtout chez les jeunes femmes. Chez l'enfant, la prédisposition nerveuse, toujours si marquée, se traduit par des convulsions.

Par contre, le délire est plus rare chez le vieillard, à moins que n'intervienne un autre facteur, l'alcool le plus souvent, l'insuffisance des émonctoires dans un certain nombre d'autres cas : hétéro-intoxi-

cations, auto-intoxications, tels sont les deux pôles en quelque sorte de la pathogénie du délire dans l'érysipèle chez l'homme adulte.

Et les faits sont d'accord avec cette théorie.

Nous avons vu que, d'après M. Roger, le délire était à peu près également fréquent dans les deux sexes, mais tandis que chez les femmes, il apparaît surtout avant 30 ans, chez l'homme on l'observe de préférence entre 40 et 60 ans.

Ainsi donc, dès maintenant la cause immédiate, primitive en quelque sorte du délire vrai, c'est la sensibilité exagérée des couches les plus superficielles du névraxe. L'écorce grise est devenue héréditairement un « *locus minoris resistentiæ* » qui oriente en quelque sorte le processus morbide, et dans les cas simples, le délire marque le premier degré, constitue la première manifestation de la souffrance du système nerveux central.

Et d'ailleurs, cette notion de l'influence de l'hérédité fut de tout temps reconnue par les médecins les plus autorisés.

Maudsley dit au sujet de la folie : « Il est des individus qui présentent des particularités assez caractéristiques pour qu'on soit en droit de les appeler du nom de *tempérament fou* ».

Ce que l'aliéniste anglais dit de la folie, ajoute Ball, nous l'appliquerions volontiers au délire, car on peut dire qu'il existe un véritable tempérament

Beigbéder

délirant. Comment, en effet, appeler autrement cette sorte de prédisposition, d'idiosyncrasie spéciale, de diathèse névropathique — qu'importe le nom — qui fait qu'un individu délire au moindre mouvement fébrile de même qu'un autre tombe en syncope à la plus légère douleur ? Cette grande susceptibilité nerveuse qui fait que chez certains sujets, une simple indisposition, un mouvement fébrile à peine marqué, sont accompagnés de délire — en un mot, le tempérament délirant, puise surtout ses éléments dans les ascendants ; l'hérédité est le grand facteur de la prédisposition à tous les troubles nerveux. »

Dans certains cas pourtant, l'hérédité apparaît moins nettement. Mais une analyse plus complète ramènera ces cas aux précédents ; la prédisposition nerveuse est réelle, mais elle est ici acquise soit par le traumatisme — nous savons l'influence du traumatisme dans le développement des névroses, hystérie, neurasthénie — soit par les émotions morales, par les travaux intellectuels, le chagrin, etc, mais surtout par l'alcoolisme.

Lasègue ne disait-il pas très justement que l'individu peut en quelque sorte hériter de lui-même ? En particulier, l'influence de l'alcool sur le système nerveux est bien connue : ce n'est pas ici le lieu de démontrer le rôle énorme de cet agent dans la pathologie mentale et nerveuse. Il nous suffira de dire que ce poison crée une véritable diathèse, dont les effets

si fréquents sur le système nerveux et les émonctoires (foie et rein) expliquent doublement la pathogénie du délire dans l'érysipèle.

L'état mental des alcooliques chroniques est caractérisé par un affaiblissement en masse des fonctions intellectuelles, du sens moral et de la volonté réfléchie et soutenue, ainsi que par les conceptions délirantes.

L'érysipèle est la cause occasionnelle du délire, mais la forme et le degré mêmes de ce délire sont soumis à des influences plus hautes, plus intimes, plus éloignées, dont nous devons rechercher parfois les premières traces non seulement chez le malade lui-même mais encore chez ses ascendants.

Nous avons dit que le délire marque le premier degré de la souffrance du système nerveux central. Cet état de souffrance est lui-même caractérisé par des modalités diverses.

Tantôt il s'agit d'une modification légère et transitoire, telle qu'un trouble circulatoire momentané (anémie, congestion, œdème), tantôt la lésion est constituée par une imprégnation toxique, passagère, tantôt le délire n'est qu'un trouble fonctionnel simple d'origine réflexe ou autre, tantôt enfin il s'agit d'un trouble plus grave, d'une lésion inflammatoire directe, d'une complication nerveuse.

Ceci nous amène à étudier le mécanisme du

délire, la cause anatomique, tangible parfois, hypothétique le plus souvent.

Y a-t-il une lésion cellulaire, moléculaire si l'on peut s'exprimer ainsi, passagère et réparable, caractéristique de ces troubles nerveux dynamiques ? Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses à cet égard.

Le délire de l'érysipèle reconnaît certainement pour cause dans un certain nombre de cas, l'hyperémie active ou passagère du cerveau.

Le mécanisme de cette hyperémie peut s'expliquer par une paralysie vaso-motrice amenant de la dilatation vasculaire, d'où apport plus considérable de sang, en un mot la congestion.

Au cours des autopsies d'érysipèle comme dans toutes les infections, il est fréquent de rencontrer de la turgescence capillaire, parfois même des extravasations sanguines plus ou moins étendues des foyers hémorragiques localisés. Mais en dehors de ces cas où l'hyperémie est continue et appréciable macroscopiquement, il est fort possible que certaines de ces congestions puissent être momentanées, passagères, subites, donnant ainsi la clef de ces délires violents, transitoires dans les infections.

Ce délire hyperémique appartiendrait peut-être de préférence au début de la maladie.

D'une façon inverse le délire de l'érysipèle peut reconnaître pour cause l'anémie cérébrale.

Boerhaave le premier comprit l'importance de

l'anémie en pathologie cérébrale. Si en tant qu'entité morbide, elle ne joue pas de rôle bien net, il n'est pas douteux qu'elle doive entrer pour une bonne part dans la production de nombre de troubles fonctionnels.

C'est à l'anémie que M. Jaccoud attribue le délire dans l'érysipèle. Il le regarde « comme produit par une anémie cérébrale compensatrice, suite de la fluxion de la peau et de l'excitation réflexe transmise à l'encéphale par les rameaux de la cinquième paire. »

Nous voici donc en présence d'un premier mode de production de l'anémie cérébrale au cours de l'érysipèle, anémie pouvant engendrer le délire.

Ce n'est pas le seul.

Le délire est plus fréquent la nuit ; peut-être ce fait pourrait-il se rapprocher de l'hypothèse de Durham, pour qui le sommeil serait dû à une anémie cérébrale physiologique.

L'anémie cérébrale, dans l'érysipèle, peut parfois n'être que passagère. Il y aurait spasme réflexe des capillaires cérébraux, autrement dit ischémie fonctionnelle. Les expériences de Nothnagel et Cohnheim ont montré que sous l'influence d'excitations directes ou peut-être même par action réflexe, les capillaires cérébraux peuvent se contracter spasmodiquement. Il y aurait là quelque chose d'analogue aux crampes des autres tissus, susceptibles d'expliquer certains troubles psychiques passagers.

Cette ischémie fonctionnelle peut provoquer le délire au même titre qu'elle donne lieu au vertige. On sait que M. Grasset a en effet attribué le vertige des artério-scléreux ou vertige cardio-vasculaire, associé parfois à des attaques épileptiformes du pouls lent permanent, à une constriction passagère des artères bulbaires.

De même on a rapporté à une ischémie cérébrale passagère, le phénomène appelé *dyslexie* : après avoir lu quelque temps, le sujet se fatigue et se trouve dans l'impossibilité de continuer sa lecture ; un peu de repos fait disparaître ces accidents.

L'aphasie intermittente peut être due à un mécanisme analogue. Que dans ces conditions on puisse avoir du délire par le même mécanisme, cela se conçoit aisément. Il ne s'agit que d'un cas particulier du même phénomène et la différence dans la manifestation extérieure tient à la localisation spéciale du spasme : ici le bulbe, là les zones psychiques de l'écorce.

Enfin au cours de l'érysipèle, l'apparition de l'anémie cérébrale peut encore être favorisée par certaines conditions morbides du sujet. Le délire anémique peut être lié à un état anémique ou chro-anémique antérieur, quelles qu'en soient les causes. C'est pour cela que l'anémie cérébrale et par suite le délire dans l'érysipèle apparaîtra plus facilement chez les indi-

vidus surmenés par les travaux intellectuels, le chagrin, les privations de toutes sorfes.

Mais il est une autre cause d'anémie cérébrale plus puissante, c'est l'alcoolisme. On sait, en effet, que la lésion caractéristique de l'alcoolisme chronique c'est l'athérome, « cette rouille de la vie », suivant la pittoresque et très juste expression de Peter. L'imprégnation alcoolique a une sorte de prédilection pour le système vasculaire, et de toutes les causes qui hâtent la vieillesse, il n'en est pas de plus active que l'alcoolisme.

« Entre l'athérome sénile et l'athérome alcoolique, dit Jaccoud, il n'y a aucune différence notable. »

« Tout ce qui dans l'organisme n'est pas éliminé, bien qu'il soit mort, passe à l'état d'athérome, disait Peter. Or, on sait que d'après H. Martin, la lésion primitive de l'athérome est l'endartérite des petites artères ; il y a, suivant l'expression de Gull et Sutton, « fibrose artério-capillaire. »

La conséquence de ce genre d'altération, qui est généralisée à tout le système artériel chez les alcooliques, est d'une part de diminuer dans tous les sens le calibre du vaisseau, d'où suit le ralentissement du cours du sang.

L'apport du sang est ainsi diminué et l'irrigation insuffisante du cerveau entraîne un nombre considérable de troubles dans les fonctions cérébrales, vertiges, étourdissements, affaiblissement intellectuel et

même aphasie intermittente, ainsi que des cas en ont été cités.

Dès maintenant, on peut voir combien complexe est la pathogénie du délire érysipélateux chez les alcooliques. Nous verrons plus loin que d'autres causes encore favorisent sa production.

En résumé, dans tous les cas que nous venons d'étudier, l'origine du délire est purement mécanique. Il s'agit d'un simple trouble fonctionnel, dynamique, dû à la perversion momentanée, transitoire de la circulation encéphalique.

Nous devons rechercher maintenant si les modifications du sang ne peuvent intervenir, autrement dit si le délire peut être provoqué par l'apport aux cellules nerveuses d'un sang chargé de principes toxiques susceptibles d'altérer leur nutrition, de troubler leur fonctionnement, de provoquer une sorte d'éréthisme, qui se traduirait par le délire.

Nous allons étudier dans ce qui suit le délire par imprégnation toxique des cellules nerveuses au cours de l'érysipèle.

Les poisons qui peuvent influencer sur le système nerveux central sont de deux ordres, les uns sont des produits exogènes introduits accidentellement d'une façon plus ou moins persistante dans l'organisme.

Les autres sont endogènes, il y a auto-intoxication et cette auto-intoxication peut reconnaître différentes causes.

Tantôt elle prend sa source dans l'affection elle-même. L'activité propre des germes crée des toxines, véritable sécrétion ou déchets microbiens, dont la composition et la nature exacte sont sans doute encore mal connues, mais dont le rôle est devenu capital en pathologie générale.

Parmi les intoxications d'origine exogène, nous connaissons déjà le rôle de l'alcoolisme. Au même titre, nous pourrions peut-être invoquer l'influence du plomb. Nous n'avons pas d'observation à cet égard susceptible de vérifier cette hypothèse. Mais il ne nous semble pas irrationnel d'admettre que le saturnisme qui, comme l'alcoolisme, prédispose à l'endartérite chronique généralisée, puisse favoriser la production des spasmes vasculaires cérébraux, sans compter que ce poison entraîne normalement une anémie assez notable, anémie qui, suivant Hayem, paraît comme la chlorose, due à une désintégration partielle des hématies, d'où une double cause de prédisposition au délire chez les saturnins.

Plus intéressante est l'action des poisons endogènes. Ces poisons, avons-nous dit, sont de deux ordres.

1°) Les uns sont le résultat des déchets de la combustion intra-organique.

2°) Les autres sont d'origine microbienne.

Normalement, les déchets organiques s'éliminent par le foie ou le rein. Que la fonction de ces deux

organes ou d'un seul soit troublée et la dépuración devient insuffisante, parfois même se supprime complètement d'une façon plus ou moins persistante.

La rétention de ces produits toxiques d'origine organique est-elle susceptible de déterminer des troubles nerveux tels que le délire, c'est là le premier point à examiner.

En second lieu, peut-on voir au cours de l'érysipèle des lésions du foie et des reins assez considérables pour troubler leur fonctionnement d'une façon plus ou moins passagère, autrement dit, peut-on voir survenir au cours de l'érysipèle, le tableau de l'insuffisance rénale et de l'insuffisance hépatique, telle est la question.

Or ces deux points n'ont pas besoin d'une longue discussion.

L'influence du foie sur les poisons est amplement démontrée. Non seulement le foie arrête les différentes substances toxiques ingérées avec les aliments, non seulement il arrête la plupart des toxines microbiennes et des ptomaines formées dans le tube digestif, mais Stérigo a montré qu'il arrête les microbes introduits dans la circulation générale par la voie sous-cutanée.

Que maintenant l'insuffisance hépatique puisse produire des troubles nerveux et du délire en particulier, il suffit pour s'en convaincre de se reporter au tableau de l'ictère grave.

« Tout ictère grave, dit Rendu, est dans ses manifestations cérébrales et hémorrhagiques. » On observe presque toujours de la céphalée, des phénomènes d'excitation cérébrale, de l'insomnie, du soubresaut des tendons, des tremblements fibrillaires, de la carphologie, enfin du délire : « La suppression brusque des fonctions du foie, dit Klippel, entraîne invariablement le délire et le coma. »

Le délire de l'ictère grave est assez semblable à celui de la fièvre typhoïde ; ordinairement subcontinu, surtout nocturne, consistant en divagations tranquilles et paroles incohérentes, et il est rare, dit Boix, qu'il soit violent et que le malade sorte de son lit. »

Hippocrate semble avoir connu cette influence des affections du foie sur le délire. Il dit : « les fous par l'effet de la pituite sont paisibles et ne crient ni ne s'agitent ; les fous par l'effet de la bile sont batteurs, malfaisants et toujours en mouvement. »

Nous en dirons tout autant de l'insuffisance rénale. Les phénomènes nerveux abondent dans l'urémie et parmi ceux-ci le délire est un phénomène banal. M. Joffroy a distingué plusieurs sortes de délire urémique.

1^o) Ceux qui sont symptomatiques d'une néphrite aiguë, au cours d'une maladie infectieuse.

2^o) Ceux qui sont provoqués par les désordres brightiques agissant sur des cerveaux à prédisposi-

tion vésanique et éveillant d'une façon toute occasionnelle des psychoses.

3°) Enfin ceux qui sont créés et entretenus par des troubles organiques dont ils sont une des manifestations et qui constituent ainsi la folie brightique.

En résumé, dans l'urémie, on doit distinguer :

1° le délire urémique proprement dit, ressemblant aux formes du délire infectieux et toxique, à celui de l'alcoolisme aigu. Il est passager et survient souvent à la suite d'une affection surajoutée, créant brusquement l'insuffisance rénale aiguë.

2° le délire brightique ou chronique, ordinairement systématisé.

Ces deux formes de délire peuvent s'observer au cours de l'érysipèle suivant que l'infection survient chez un individu qui est en imminence morbide ou chez un homme brightique.

Ainsi le délire peut survenir en dehors de l'érysipèle par l'effet de l'insuffisance rénale ou hépatique.

Voyons maintenant si au cours de l'érysipèle peuvent se produire des lésions du foie ou du rein susceptibles de provoquer l'insuffisance aiguë de l'un ou de l'autre de ces organes.

Les lésions du foie ont été démontrées par les travaux de Achalme et confirmées par les recherches de Roger. On observe assez souvent des lésions diffuses des cellules hépatiques, consistant surtout en dégénérescences granulo-graisseuses. Les cellules

hépatiques sont tuméfiées, le protoplasma trouble, granuleux ; et, dans les espaces porte il y a des foyers de dégénérescence graisseuse.

Il en est de même du rein. De même que toutes les infections, l'érysipèle peut créer une néphrite aiguë, soit par septicémie, et l'on note alors une prédominance des troubles circulatoires, des infarctus des abcès miliaires ; soit par action toxique, et dans ce dernier cas on trouve des altérations épithéliales massives portant d'une manière presque unique sur l'épithélium du labyrinthe.

Nous n'avons pas à insister davantage sur l'étude de ces lésions, car ce serait sortir de notre sujet.

Dans ce qui précède, c'est l'insuffisance rénale ou hépatique qui crée le trouble nerveux. Voyons maintenant si en dehors de toute altération des émonctoires, l'impressionnabilité des cellules nerveuses peut être excitée directement par les produits solubles, secrétés par le streptocoque.

D'une part, dans les maladies infectieuses, l'action des toxines sur le système nerveux est manifeste. On sait quelle est la fréquence des phénomènes pseudo-méningitiques, que M. Dupré a réunis récemment sous le nom de méningisme dans les grandes infections. Charrin a montré que la toxine du bacille pyocyanique introduite à dose fractionnée pouvait créer une sorte de paralysie spasmodique. La toxine diphthérique crée des paralysies, c'est là un fait bien

connu. A côté de ces toxines paralysantes, il en est de convulsivantes ; telle est la toxine du bacille tétanique. Dans ces conditions, il n'est rien de plus rationnel que d'attribuer à ces toxines le délire qu'on observe dans les grandes infections, bien que sans doute le fait soit plus difficile à vérifier que pour les paralysies et les convulsions.

Ce que nous savons en tout cas, c'est que le streptocoque peut sécréter une toxine. La toxine streptococcique a d'abord été étudiée par Manfredi et Traversa. Ces auteurs ont établi que l'injection des produits solubles du streptocoque érysipélateux amène chez le cobaye l'apparition de phénomènes convulsifs et paralytiques.

D'après M. Roger, le streptocoque de l'érysipèle secrète une matière albumineuse assez toxique. Après l'injection, les animaux sont somnolents et tombent parfois dans un état comateux.

Nous en avons fini avec la pathogénie du délire vrai primitif ; mais on peut au cours de l'érysipèle voir apparaître le délire, sans que ce délire soit imputable directement à l'érysipèle. Nous voulons parler du délire qui appartient à une complication surajoutée, et du *delirium tremens*.

Parmi les complications de l'érysipèle entraînant le délire, la plus importante est la méningite streptococcique.

Disons pourtant que cette complication est relati-

vement rare, puisque Adenot dans son étude très complète sur les méningites microbiennes n'y fait aucune allusion, et d'autre part, les observations de Netter, dans lesquelles le streptocoque fut reconnu comme cause de la méningite, ne se rapportent pas à l'érysipèle.

Plus rarement encore, on pourrait invoquer la thrombose des sinus.

Quant au delirium tremens, nous n'insisterons pas longuement. On sait qu'il survient au cours de la plupart des infections, ce qui semble dû à la suppression brusque des habitudes alcooliques.

Nous avons réservé pour la fin de ce chapitre une dernière hypothèse, qui appartient à M. le Professeur Chantemesse.

Au cours d'autopsies de malades ayant succombé à un érysipèle après avoir présenté des accidents nerveux, M. le Professeur Chantemesse a souvent constaté que ni du côté des méninges, ni du côté du cerveau on ne trouvait de trace d'inflammation. Par contre il existait une véritable hydropisie du liquide cephalo-rachidien, manifestement augmenté dans sa quantité. Examiné au microscope ce liquide contenait du streptocoque pour ainsi dire en culture pure. Ces faits qui n'ont pas encore été signalés apporteraient une explication nouvelle et très rationnelle à la plupart des troubles nerveux qu'on observe dans

l'érysipèle et le délire à son tour pourrait en recevoir une nouvelle explication.

La congestion méningée ou cérébrale intense et prolongée ne tarde pas à entraîner un épanchement de sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens, dont la présence serait susceptible d'expliquer la plupart des accidents nerveux au cours de l'érysipèle.

Le mécanisme de ces accidents peut être rapproché de celui que M. Chantemesse et Tenneson, en 1886, ont invoqué pour la pathogénie des accidents urémiques. Bien qu'aujourd'hui on attribue peut-être une part plus grande aux processus toxiques, il n'en reste pas moins vrai, qu'ainsi que l'ont montré MM. Chantemesse et Tenneson, un certain rôle revient à l'hydropisie ventriculaire qui agit mécaniquement sur les centres nerveux et permet ainsi d'expliquer les troubles, tels que les paralysies ne pouvant relever que d'une action mécanique localisée, agissant directement sur un point déterminé des centres nerveux. Quelque temps auparavant, M. Raymond avait également constaté chez des malades atteints d'albuminurie l'existence de paralysies et de phénomènes épileptiformes localisés, indépendants de toute lésion encéphalique autre que l'œdème localisé ou l'hydropisie cérébrale.

Mais c'est à M. Chantemesse que revient le mérite d'avoir étendu cette pathogénie avec l'appui de faits vérifiés, aux troubles nerveux de l'érysipèle et

au délire en particulier. On conçoit également que dans ces conditions le délire de l'érysipèle soit autre chose qu'un phénomène banal, mais puisse présenter des signes cliniques particuliers.



CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous aurons peu de choses à dire sur ce point.

La plupart du temps, les individus qui ont présenté du délire guérissent. Et lorsque la mort survient, l'autopsie ne révèle que des lésions peu nettes.

Cependant la pénétration du streptocoque dans le sang peut déterminer dans la substance cérébrale la formation de petits infarctus. Dans différentes relations d'autopsies, on trouve notée la congestion des hémisphères. Mais souvent la raison anatomique des troubles cérébro-spinaux nous échappe.

Nous devons également rappeler ici l'épanchement séreux de l'espace interarachnoïdien que nous avons signalé plus haut, d'après le Professeur Chantemesse.

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre des troubles nerveux de l'érysipèle relèvent de cette cause, ainsi que l'autopsie a pu souvent le démontrer à M. Chantemesse. Examiné au microscope le liquide épanché renferme du streptocoque pur. Ces cas peu connus ont un intérêt tout particulier, et peuvent être

rapprochés des méningites séreuses à pneumocoques qui ont déjà été signalées dans ces derniers temps.

La présence du streptocoque dans le liquide épanché ne doit pas nous surprendre. On sait qu'après avoir été longtemps discutée, la présence du streptocoque dans le sang de malades atteints d'érysipèle grave est un fait acquis, et ne saurait être mis en doute.

Cette pénétration du microbe dans le sang ne se fait pas d'une façon directe et pour Achalme les lymphatiques seraient l'intermédiaire entre l'infection locale cutanée et l'infection sanguine généralisée.

Que dans ces conditions l'on admette qu'au cours d'érysipèle grave, il puisse se produire une congestion méningée assez intense pour aboutir à une exsudation séreuse ventriculaire et intra-arachnoïdienne marquée, et que dans ce liquide on puisse retrouver le streptocoque à l'état de pureté, cela n'a en soi rien que de très rationnel et c'est ce point qui a été nettement constaté et mis en relief dans diverses circonstances par M. le Professeur Chantemesse.

Ce serait dépasser les limites que nous nous sommes tracées que d'envisager les lésions rénales hépatiques ou cardiaques qui survenant sous l'influence de l'érysipèle, peuvent déterminer le délire par le mécanisme que nous avons étudié au chapitre précédent.

CHAPITRE V

Pronostic

Il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre la gravité de l'érysipèle et l'apparition du délire et inversement. Le délire simple apparaît le plus souvent, et nous l'avons dit, chez les nerveux. Il n'est en quelque sorte que la réaction propre à ce tempérament. Mais il est des facteurs de la gravité dans l'érysipèle qui peuvent provoquer le délire et en assombrir le pronostic : telle est l'insuffisance rénale et hépatique.

Le pronostic dépend donc surtout de la cause du délire et des complications de l'érysipèle. Il sera toujours utile au cours d'un érysipèle avec délire, tant au point de vue du pronostic que du traitement, d'examiner les urines et de surveiller l'état du rein d'une façon quotidienne.

Il ne faut pas oublier non plus que dans certains cas d'érysipèle grave, le délire réflexe de l'hydropisie ventriculaire est dû à la congestion des méninges et à l'injection sanguine généralisée. Le pronostic est alors grave.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic du symptôme n'offre pas de difficulté. Nous n'insisterons pas. Il sera facile de déterminer sa nature, ce qui parfois n'est pas sans intérêt.

Le délire professionnel appartient surtout aux alcooliques. Mais ce qui est plus important, c'est de déterminer la cause du délire.

Au début de la maladie, et avant l'apparition de l'exanthème, on pourra peut-être songer de préférence à l'hypérémie cérébrale.

En pleine fluxion érysipélateuse, on peut invoquer l'anémie compensatrice, suivant l'hypothèse de Jaccoud.

L'essentiel sera de s'enquérir si dans les antécédents du malade, héréditaires ou personnels, on ne trouve pas des phénomènes pouvant expliquer les accidents en présence desquels on se trouve. Il faudra donc rechercher les stigmates de l'état névropathique du sujet.

Mais, ce qu'il sera surtout important d'établir, c'est si le délire est dû à une complication cérébrale ou autre;

On recherchera donc la possibilité d'une méningite ; on examinera surtout le foie et les reins.

L'état des urines, la constatation d'une albuminurie abondante, de la diminution de l'urée feront craindre, avec raison, un délire par rétention toxique.

Enfin, on surveillera le cœur qui lui aussi peut devenir une cause d'anémie cérébrale, et consécutivement de délire.

En dernier lieu, enfin, on déterminera s'il s'agit de délire vrai ou de délire alcoolique.

On se souviendra, à cet égard, que le délire alcoolique est surtout professionnel, que le délire de l'érysipèle est le plus souvent le caractère du délire des fraudeurs ou du délire mélancolique.



CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement du délire sera, le plus souvent, symptomatique. On pourra recourir aux narcotiques, l'opium, le chloral à dose fractionnées.

Le sulfate de strychnine, en injections sous-cutanées, donne souvent des résultats remarquables.

M. le Professeur Chantemesse, dans son service, l'emploie à la dose de 1 à 5 miligrammes en injections hypodermiques.

On pourra également recourir aux bains froids, lorsqu'au délire se joint l'hypothermie.

S'il est possible, le traitement sera pathogénique; c'est ainsi qu'on combattra, au besoin, l'insuffisance du foie ou du rein par des moyens appropriés.

Ajoutons enfin qu'au cas de *delirium tremens*, il faut se garder de supprimer l'alcool.



OBSERVATIONS

Observation 4

Inédite

P... Camille, 38 ans, tapissière. Entre à l'hôpital le 4 janvier 1897.

La mère a eu dans sa jeunesse un érysipèle de la face.

La malade elle-même a eu un premier érysipèle à l'âge de 12 ans.

Le 6 novembre 1896, pour la 2^e fois, érysipèle de la face. Début le 5 par un frisson. Le 6, le gonflement est étendu à toute la face : il était impossible à la malade d'ouvrir les yeux. Durée 8 jours.

A peine guérie de cette nouvelle atteinte, la malade fait une rechute et vient à l'hôpital.

Au milieu d'un état général assez bon et avec une température peu élevée 38°, la malade présente du délire : elle est hantée par une idée fixe, le décès de sa mère. Elle en cause continuellement et paraît en éprouver un violent chagrin.

Cependant l'état général reste assez bon. La température ne monte pas au-dessus de 38°5.

Quitte l'hôpital le 14 janvier presque guérie.

Observation 2

L... Henri, 53 ans, journalier.

Aucun érysipèle antérieur. Entre le 11 janvier. Était malade depuis le 7 janvier.

A son entrée, la température égale 39°4. Le lendemain elle monte à 40°1. Il est impossible d'obtenir aucun renseignement : le malade délire continuellement. Il parle de ses affaires, s'entretient et discute avec un être imaginaire, mais toujours de choses en rapport avec son travail. L'érysipèle est localisé aux paupières et à la partie gauche de la face. Œdème de moyenne intensité.

L'état général est assez bon.

Le 12 janvier, la température baisse, 38°9. Le malade délire encore. La défervescence continue les jours suivants. Le 16, la température est devenue normale. Le malade ne délire pas depuis le 13.

Quitte l'hôpital entièrement guéri.

Observation 3

G... Annette, 67 ans, femme de ménage.

Entre à l'hôpital le 15 janvier 1897.

Aucun érysipèle antérieur. L'érysipèle actuel aurait commencé le 8 janvier, autour d'un ulcère variqueux de la jambe gauche.

16 janvier. — Œdème et rougeur étendus de la région malléolaire interne gauche : ça et là quelques phlyctènes.

Température 38°.

Délire fréquent pendant lequel la malade appelle ses petits enfants, les prévient d'un danger imaginaire qui les menace, etc...

18 janvier. — L'érysipèle s'est étendu : il occupe toute la jambe gauche. L'état général est des plus mauvais.

Délire continu sans agitation.

Langue sèche. Température 38°5.

22 janvier. — Ce matin la température est montée à 39°9.

Une dyspnée intense est apparue.

Langue toujours sèche.

Le délire persiste ; la malade crie toute la nuit, appelant ses enfants, etc... Hallucinations calmes.

23 janvier. — Température entre 39° et 40°.

Etat toujours délirant. Toujours mêmes hallucinations.

24 janvier. — Température entre 39° et 40°. Arythmie.

Etat général de plus en plus mauvais. Dyspnée modérée. Narines fuligineuses. Pour la première fois, la malade est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Calme. Plus de délire.

25 janvier. — Même état.

26, 27 et 28 janvier. — Respiration de Scheyne-Stokes.

La température baisse 38°. Coma complet.

La malade succombe le 28 janvier.

Observation 4

C... Joséphine, 64 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital le 6 février 1897.

Aucun érysipèle dans la famille.

La malade a eu un premier érysipèle en 1870. — Trois autres depuis, actuellement cinquième récidive.

Début par les deux yeux ; les autres fois l'érysipèle a toujours débuté par l'aile du nez.

6 février. — Erysipèle du front, des joues. Les oreilles ne sont pas atteintes, occlusion palpébrale, rougeur peu marqué, bourrelet assez net, température 39°, pas de délire.

8 février. — Température 38°2. La malade délire. Elle voit des défilés, elle s'apprête à aller voir le tzar ; mais elle retrouve toujours des « chats » elle n'est pas autrement agité.

9, 10 février. — Même état. Le délire continue. La malade se croit chez « M. Philippe. » Elle a été à l'hospice. De temps en temps elle se lève pour aller travailler. Comme on la fait recoucher, elle se plaint sans colère ni mauvaise humeur : « Je suis encore saouïe » dit-elle. Entre temps elle s'occupe des affaires de ses voisines, une telle est négligente, etc., etc.

Localement, l'érysipèle commence à desquamer. Rougeur encore très marquée. Bourrelet encore très net.

On lui donne du sulfate de strychnine en injection sous cutané.

11 février. — Le délire a disparu. La malade cause comme une personne normale.

12 février. — Amélioration locale et générale. Céphalalgie assez vive. Desquamation. Plus de fièvre.

La malade quitte l'hôpital, en très bon état, le 20 février.

Observation 5

A..... Pierre, porteur aux halles, 40 ans.

Entre à l'hôpital le 3 mars 1897, service du professeur Chantemesse. Comme antécédents personnels du paludisme et de l'éthylisme. Début de son érysipèle le 28 février : fatigue générale, courbature, violente céphalalgie, frissons, vomissements.

En même temps apparaît sur la face autour de deux phlyctènes antérieures, de l'œdème et de la rougeur étendus.

3 mars. — Rougeur et œdème occupant la partie supérieure des fosses nasales, le front, les oreilles et la partie antérieure du cuir chevelu. Engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Langue sèche et blanchâtre. température 38°5, pouls 84.

5 mars. — Depuis hier dans l'après-midi, le malade a eu à plusieurs reprises du délire. Il veut s'en aller, il réclame ses vêtements pour partir avec ses camarades qui l'attendent en bas en voiture. Il se lève souvent, on est obligé de l'attacher dans son lit. La rougeur et l'œdème n'ont pas diminué, température 38°. On lui fait 4 piqûres de strychnine de 1 milligramme.

Dans la journée le délire continue ; le malade est plus

agité, il cherche à se détacher. Il parle beaucoup de son métier, de ses amis, de son travail. Il croit travailler et tirer une voiture. Son corps est couvert de sueur. Hallucination de la vue et du goût ; il croit boire de l'absinthe en buvant du lait.

6 mars. — La nuit a été assez calme, et on a pu le détacher. Cependant le délire continue. Il parle toujours de son travail : il raconte que son voisin vient de tuer une marchande de persil. L'œdème diminue, température $37^{\circ}7$, pouls 96. On continue les injections de strychnine.

7 mars. — Délire persiste encore, mais plus calme.

8 mars. — Le délire a disparu. La desquamation commence, température $36^{\circ}6$. Etat général satisfaisant.

Observation 6

F., Jules, 26 ans, employé de commerce.

Vient à l'hôpital le 7 mars 1897. Hôpital, bastion 29. Service du Professeur Chantemesse.

Pas d'antécédents.

Œdème et rougeur de la face tout entière : le menton seul est respecté. Du côté droit les lésions semblent plus anciennes et la desquamation commence. La température, qui égalait 40° à l'entrée, est descendu brusquement dans la nuit à $37^{\circ}7$. Pouls 96.

Délire continu depuis l'arrivée du malade. Il se lève pour partir, cause beaucoup, mais il est impossible de comprendre ce qu'il dit.

9 mars. — Ce matin, le malade comprend bien ce qu'on lui demande. Il répond, il est tranquille.

Etat général assez bon. L'œdème et la rougeur de la peau n'ont pas diminué. Température, 38° 1.

10 mars et jours suivants. — Amélioration rapide. Le délire ne reparait pas. Le malade peut s'en retourner guéri le 20 mars.

Observation 7

C., François, garçon livreur, 37 ans.

Entre à l'hôpital, bastion 29, le 10 mars, en état de délire complet. Il ne sait même pas qu'il est malade. Température, 37°.

Localement, rougeur légère des joues, des oreilles, du front. Rougeur intense du nez. Peu de gonflement, sauf au niveau des oreilles qui sont très œdématiées et luisantes.

Le délire n'est pas continu. Par instants seulement, le malade se lève pour s'en aller ; on est obligé de l'attacher. Il parle beaucoup d'argent. Il croit aussi tenir des objets entre ses doigts.

11 mars. — Le délire persiste. Le malade est cependant plus tranquille. Il parle peu, mais il croit toujours tenir des objets dans sa main. Température toujours autour de 37°. Pouls 72.

12, 13 et 14 mars. — Même état. La température reste toujours normale. L'état local s'améliore lentement. Le délire continue, mais il est beaucoup plus calme.

Beigbéder

16 mars. — Plus de délire ; mais le malade est tout hébété. Il ne répond qu'à voix basse à ce qu'on lui demande.

Les jours suivants, amélioration et guérison rapides.

Observation 8

A... Georges, élève à l'école des Beaux-Arts, 22 ans.

Entre à l'Hôpital du Baction 29, le 12 mars.

13 mars. — Erysipèle de la face avec œdème et rougeur couvrant le nez, les joues, le front, la lèvre supérieure. Bourrelet très net.

Température 39°4. Pouls 72. Urines assez abondantes avec beaucoup d'albumine.

Pas de délire.

15 mars. — Le délire apparaît dans la journée. Le malade raconte que ses camarades lui ont fait une « sale blague ». Il se regarde comme bien portant, veut s'en aller chez lui et promet de revenir. Température 40°2. Toujours beaucoup d'albumine dans les urines.

17 mars. — Température toujours élevée ; bains froids. L'œdème diminue et la desquamation commence en certains points.

Le délire continue. Le malade croit avoir près de lui ses camarades il les appelle par leur nom et s'entretient avec eux. Il parle aussi de l'assassinat de l'Empereur de Russie et est très étonné de n'en trouver aucune mention dans les journaux.

Ce délire est intermittent, et dans les intervalles le malade cause bien.

18 mars. — La température a baissé 39°. Etat général meilleur. Le malade peut dormir, mais son sommeil est agité, il a des soubresauts. Amélioration aussi de l'état local. Le délire n'apparaît plus qu'à des intervalles assez éloignés : il est plus calme.

19 mars. — Température 38°. Mieux sensible à tous les points de vue. Plus de délire. La défervescence commence. Le malade est guéri le 24 mars.

Observation 9

M... Victoria, fleuriste, 16 ans 1/2.

Est envoyée à l'hôpital le 14 mars 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

S'est fait, il y a sept mois, une fracture de la colonne vertébrale en se jetant par la fenêtre. Est atteinte de paraplégie, a perdu toute sensibilité et porte deux escharres sacrées au niveau desquelles s'est développé l'érysipèle.

15 mars. — La malade est à peu près sans connaissance.

Température entre 39-40. L'érysipèle est étendu à la face postérieure de la cuisse droite. Les jambes sont dans toute leur étendue le siège d'un œdème blanc considérable.

La malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Elle a un délire tranquille, sans agitation. Elle dit à tout « Madame » et murmure quelques paroles entrecoupées impossibles à comprendre.

16 mars. — Même état. Le délire persiste. Elle demande à ce qu'on la prenne et qu'on la jette tout d'un coup par la fenêtre, mais sans aucune agitation. Température 40°.

L'érysipèle commence à prendre la jambe.

17 mars. — Température 39°8. Le délire continue, il présente toujours les mêmes caractères. L'érysipèle s'étend toujours.

18 mars. — Température au-dessus de 40°. Etat toujours délirant, sans agitation. La malade parle de sa mère. Elle veut se marier.

Les mots fenêtre, mariage reviennent à chaque instant.

19 mars. — Grand calme. Température 38°4. Pas de délire.

20 mars. — Le délire reparait. Il y a de l'agitation ; les narines sont fulgineuses, la peau froide, la respiration s'embarrasse.

L'état général est local deviennent plus mauvais. La malade succombe le 22 mars.

Observation 10

P..., Ferdinand, cocher, 41 ans.

Pas d'antécédents. Entre à l'hôpital du Bastion 29 le 28 mars 1887. Est malade depuis trois jours. Présente de l'œdème et de la rougeur du nez, des paupières, des joues et de la lèvre supérieure. Toutes ces parties sont douloureuses. Insomnie et anorexie.

Pouls régulier, 84 pulsations à la minute.

Les urines renferment de l'albumine.

Pas de délire.

30 et 31 mars même état. Le malade se sent mieux. La température oscille entre 39° et 40°.

2, 3 et 4 avril. — Température toujours élevée. Pouls 108.

L'œdème et la rougeur de la face ont beaucoup diminué. La desquamation se fait lentement. Toujours pas de délire.

7 Avril. — Température 37°. Pouls 84. Langue bonne, état général satisfaisant. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Dans la soirée, le malade commence à délirer : délire de paroles et d'actions. Hallucinations. Il se lève et s'habille pour partir. Il demande ce qu'est devenu le chien noir qui était au pied de son lit.

Il continue ainsi de parler jusqu'à minuit, mais les paroles sont peu intelligibles.

8 Avril. — Le délire a complètement cessé. Le malade va très bien. Température 37°5. Pouls 80.

Observation 41

O... Laurent, chiffonnier, 52 ans. Entre au Bastion 29, 20 avril 1897.

11 avril. — Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Rougeur et œdème considérables. Langue sèche et blanche, température 39°4.

Le malade arrive à l'hôpital en plein délire.

Il raconte que des saltimbanques l'ont pris ces jours derniers, lui ont enlevé les deux testicules et lui ont tiré 400 coups de fusil dans la tête. Il veut montrer les balles qu'il a conservées, il ouvre les mains, elles ne contiennent rien. Puis il veut s'en aller et on doit l'attacher dans son lit.

12 avril. — Même état. Un peu plus calme cependant. Le malade chante. Albumine dans les urines.

13 avril. — Température entre 38° et 37°8. Le délire a cessé.

Jours suivants. L'érysipèle évolue très lentement. Le délire ne reparait plus.

Au mois de mai, rechute. Œdème et rougeur de la face plus intenses que lors de la première atteinte. Etat général plus inquiétant. Jamais de délire.

Observation 12

P... Alexandre, comptable, 55 ans, entre au Bastion 20, mai 1897.

N'a présenté antérieurement qu'un eczéma variqueux aux deux jambes.

20 mai. — Face et cuir chevelus complètement rouges et tuméfiés.

Le menton est respecté, mais la rougeur s'étend à tout le cou et même à la partie supérieure du thorax du côté droit.

Langue sèche, fendillée.

Température entre 39° et 40°.

Pouls rapide, mais assez régulier.

Délire tranquille, sans aucune agitation. Le malade ne cherche ni à se lever ni à s'en aller. Il a des hallucinations de la vue et il entend des bruits.

Jours suivants. — L'état général devient de plus en plus mauvais.

Le délire persiste avec les mêmes caractères. Il y a de l'anurie.

Le malade succombe le 23 mai.

Observation 13

L... Joseph, bijoutier, 66 ans.

Pas d'antécédents héréditaire, mais éthylème probable.

Entre au Bastion 29 le 20 mai 1897.

21 mai. — A la suite d'une plaie contuse de la tête, survient un érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Rougeur et œdème très étendus depuis trois ou quatre jours.

Température 38°2. Pouls 112.

Langue sèche et blanche.

Depuis ce matin, le malade présente du délire. Il se lève à chaque instant et se dirige vers la porte. Il parle continuellement, mais à voix basse. Il entend le clairon de son régiment... il croit voir trois hommes dans le lit de son voisin. Ce délire s'accompagne de sueurs profuses et de tremblement léger des mains.

23, 24 mai. — L'état local est meilleur ; Température 37°8, mais le délire continue.

25 mai. — L'érysipèle est guéri ; le délire continue avec les mêmes caractères. Il persiste jusqu'au 26.



CONCLUSIONS

1°) Le délire s'observe assez fréquemment dans l'érysipèle, environ dans 10 0/0 des cas.

2°) Il est également fréquent dans les deux sexes ; mais chez la femme, il se voit surtout avant 30 ans, chez l'homme après 40. Ce fait s'explique par la prédisposition de la jeune femme aux manifestations nerveuses, tandis que chez l'homme intervient un autre facteur l'alcoolisme dont les effets se font surtout sentir après 40 ans.

3°) Le délire de l'érysipèle peut apparaître à toutes les périodes de la maladie, au début, à la période d'état, à la fin après la chute de la fièvre.

4°) Il n'y a pas de rapport nécessaire entre la fièvre et l'apparition du délire.

5°) La durée du délire est généralement courte : deux à trois jours en moyenne. On l'a vu pourtant persister plus longtemps.

6°) Le caractère de ce délire est variable, tantôt c'est une idée fixe qui tourmente le malade, tantôt il

a des hallucinations, mais le plus souvent on observe du délire professionnel.

Ce délire est le plus souvent calme, tranquille, mais il peut être violent.

7°) La pathogénie du délire de l'érysipèle est complexe.

8°) En premier lieu, le délire apparaît toujours chez des individus prédisposés aux réactions nerveuses. Cette prédisposition est héréditaire ou acquise. Elle constitue pour les centres nerveux un *locus minoris resistentiæ*, et le délire ne fait que traduire l'état de souffrance des couches corticales dont la sensibilité particulièrement exquise a été surexcitée.

9°) En second lieu, le mécanisme des troubles nerveux qui provoquent le délire peut s'expliquer de deux façons :

Ou bien il y a perversion de la dynamique circulatoire de l'écorce cérébrale.

Ou bien il y a imprégnation des cellules nerveuses par une substance toxique apportée par le sang.

a) Dans le premier cas, le délire peut reconnaître pour cause provocatrice soit une hyperémie, soit une anémie. L'anémie cérébrale est possible de différentes façons : tantôt elle est compensatrice de la fluxion cutanée (Jaccoud), tantôt elle est d'origine réflexe, tantôt enfin le sujet s'y trouve prédisposé soit par une anémie antérieure, soit par l'athéromasie cérébrale.

Ce dernier cas s'applique à l'anémie cérébrale des alcooliques.

b) Les substances toxiques qui peuvent influencer le système nerveux et provoquer le délire au cours de l'érysipèle sont de deux ordres :

Exogènes (alcool).

Endogènes.

Les poisons endogènes sont dûs soit aux déchets cellulaires de la vie organique, soit aux toxines secrétées par l'infection.

10) Au cours de l'érysipèle, ces deux causes peuvent intervenir ensemble ou séparément pour provoquer le délire.

D'une part, l'érysipèle est susceptible de créer des lésions du foie et des reins qui, en supprimant le rôle des émonctoires, provoquent l'apparition d'une insuffisance rénale ou hépatique aigue.

D'autre part, le streptocoque de l'érysipèle secrète une toxine spéciale capable d'exercer son action sur le système nerveux.

11°) Dans un certain nombre de cas M. le Professeur Chantemesse a montré qu'au cours d'érysipèle terminé par la mort, on retrouve une véritable hydroisie des méninges de l'espace interarachnoïdien sans autre trace de lésion méningée. Le liquide épanché contient du streptocoque pur.

Cette exsudation relèverait de la congestion méningée. La présence du streptocoque l'explique en pareils

cas par la possibilité de l'infection sanguine au cours de l'érysipèle démontrée par différents auteurs.

Enfin M. Chantemesse a donné ainsi une explication très rationnelle et objectivement démontrée de ces cas de délire et autres troubles nerveux « *sine materia* » depuis longtemps signalés dans l'érysipèle.

On peut rapprocher cette pathogénie de celle invoquée par les accidents nerveux localisés de l'urémie par MM. Chantemesse et Tenneson, et Raymond.

12°) Enfin le délire de l'érysipèle peut être dû à d'autres causes que l'érysipèle lui-même, c'est-à-dire à une complication cérébrale.

L'érysipèle chez les alcooliques peut provoquer l'apparition du délirium tremens. Il en résulte que chez eux, le délire peut apparaître au cours de l'érysipèle pour plusieurs raisons, car :

a) d'une part, l'artério-sclérose alcoolique prédispose à l'anémie cérébrale et par suite au délire.

b) D'autre part, l'alcoolisme entraîne des lésions du foie et des reins et ces deux organes chez l'alcoolique n'ont souvent besoin que de la moindre cause provocatrice pour se former.

c) Enfin le délire des alcooliques dans l'érysipèle peut n'être qu'une crise de délirium tremens due à la suppression brusque des habitudes alcooliques.

13° Le délire dans l'érysipèle ne semble pas influencer le pronostic.

14°) En présence d'un malade délirant, il faut

essayer de trouver la cause du délire et vérifier tant au point de vue du pronostic que du traitement, l'état du rein, du foie, du cœur.

15°) Le traitement du délire est soit l'opium, à la dose de 0,05 à 0,10 cent., le sulfate de strychnine, à la dose de 1 à 5 milligrammes en injection sous-cutanée.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. CHANTEMESSE.

Vu

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Achalme.* — De l'Erysipèle. Thèse Paris 1893.
- Ball.* — Maladies mentales.
- Charrin.* — Traité de Médecine.
- Baillarger.* — Influence de l'Erysipèle du cuir chevelu,
- Cointret.* — Manifest. nerv. dans l'érysipèle. Th Paris 1889.
- Chantemesse et Tennesson.* — Revue de Médecine 1886.
- Després.* — Traité de l'Erysipèle 1862.
- Dieulafoy.* — Manuel de Pathologie.
- Buch.* — Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Convulsions et délire. (N.-Y. med. and, Surg. Journ. 1840).
- Duhamel.* — Erysipèle du cuir chevelu, méningite aiguë.
- Dickson.* — Erys. du cuir chevelu ; extension au cerveau Edem. N. and S. Journal 1821.
- Jaccoud.* — Pathologie interne.
- Girode.* — Traité de Médecine (Brouardel, t. I).
- Gautier.* — Les toxines.
- Kraft Ebing.* — Traité de psychiatrie.

Piorry. — Mémoire sur les accidents cérébraux qui surviennent au cours de l'érysipèle. Gaz. med., Paris 1833.

Raymond. — Maladies du système nerveux.

Retti. — Art. Délire, dict. Dechambre.

Roger. — Etude clinique de l'érysipèle (Revue de Médecine, 1895).

Iklippel. — Art. Délire, Manuel Médecine.

Chauffard. — Maladie du foie (Tr. de Méd.).

Boix. — Maladie du foie (Manuel de Méd. t. VI).

Seglas. — Du délire des négations.

Staeber. — Méningite à la suite d'érysipèle de la face. Arch. med., Strasbourg 1835.

Widal. — Traité de Med. (Brouardel et Girode, t. I).

